

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 juillet 1869

PAR GERMAIN-ÉLIE-FERDINAND LAPORTE

Né à Boulogne (Haute-Garonne)

ÉLÈVE DES HÔPITAUX DE PARIS

DE LA

PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1869

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	LONGET.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	LASEGUE.
Pathologie médicale.	AXENFELD.
	HARDY.
Pathologie chirurgicale.	DOLBEAU.
	VERNEUIL.
Anatomie pathologique.	VULPIAN.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	DENONVILLIERS.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	GUBLER.
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Médecine légale.	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Pathologie comparée et expérimentale	BROWN-SÉQUARD.
	Chargé de cours.
	BOUILLAUD.
Clinique médicale.	SÉE (G.).
	N.
	BÉHIER.
	LAUGIER.
Clinique chirurgicale.	GOSSELIN.
	BROCA.
	RICHEL.
Clinique d'accouchements.	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le baron JULES CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DESPLATS.	MM. JACCOUD.	MM. PAUL.
BALL.	DUPLAY.	JOULIN.	PÉRIER.
BLACHEZ.	FOURNIER.	LABBÉ (LÉON).	PETER.
BUCQUOY.	GRIMAU.	LEFORT.	POLAILLON.
CRUVEILHIER.	GUYON.	LUTZ.	PROUST.
DE SEYNES.	ISAMBERT.	PANAS.	RAYNAUD.
			TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N.
— des maladies des enfants.	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.	N.
— de l'ophthalmologie	N.
des travaux anatomiques.	Marc SÉE.

Examineurs de la thèse.

MM. BOUILLAUD, *président*; BOUCHARDAT, ISAMBERT, JOULIN.

M. FORGET, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de tous les sacrifices que vous avez faits pour moi.

A MES ONCLES GAY

Vous m'avez aidé de vos bons conseils et de votre protection,
Permettez-moi de vous exprimer ma reconnaissance dans la dédicace
de cette thèse.

A MON BEAU-FRÈRE LE D^R LATTINI

A MES FRÈRES & SOEURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD,

PROFESSEUR DE CLINIQUE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ,

MEMBRE DE L'INSTITUT

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

A LA MÉMOIRE

DE VELPEAU

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

MM. GOSSELIN, BÉHIER, HARDY, FOURNIER, PETER.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153502_0085

DE LA

PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE

Des différentes variétés de pleurésie partielle, la pleurésie diaphragmatique est celle dont les symptômes particuliers méritent le plus de fixer l'attention. Les anciens, qui reconnaissaient cette maladie comme importante et très-grave, la nommaient *paraphrénésie*, nom qu'ils donnaient encore à plusieurs autres maladies accompagnées de délire. C'était dans le muscle lui-même qu'ils plaçaient le point de départ du travail morbide, que nous attribuons à la plèvre. Cependant ils n'avaient pas méconnu l'existence de cette membrane ni sa participation à la maladie qui nous occupe. « Le diaphragme est tapissé en haut, disait Galien, par la membrane arachnoïdienne qui revêt à la fois les côtes et le poumon; sa face inférieure est en rapport avec le sommet du péritoine. » Et ailleurs : « Le diaphragme est quelquefois retracté consécutivement à l'inflammation de la membrane qui tapisse les côtes. » Mais ils regardaient la plèvre comme une annexe du muscle. En effet, il existe entre ces deux organes une solidarité fonctionnelle qui donne à la pleurésie diaphragmatique sa physionomie distincte, et l'obstacle apporté à l'action du diaphragme est le symptôme dominant de cette affection.

Quant au nom qu'ils donnaient à cette affection, il est dérivé du mot *φρένες* sous lequel on désignait le diaphragme; parce que, dit Galien, cet organe devient facilement l'occasion du délire. Quoi qu'il en soit, il est incontestable que le terme de paraphrénésie fut également appliqué à la pleurésie diaphragmatique, comme le prouve le

passage suivant emprunté à Boerhaave : « Si morbus pluritidi similis occupat eam membranæ pleuræ partem quæ diaphragma ambit, vel et ipsum septum medium, paraphrenitidem appellant. » Plus tard, J. Frank, reproduisant les idées des anciens, décrit la pleurésie diaphragmatique sous le nom de *diaphragmite*, dans un article où il résume tous les travaux antérieurs.

Depuis cette époque, on s'est peu occupé de cette maladie. Dans le livre de Laënnec, on trouve l'anatomie pathologique très-bien faite. M. le professeur Bouillaud, dans son Traité de la nosographie médicale, précise les symptômes de la maladie. Dans la clinique de M. Andral, on trouve un groupe de cinq observations choisies qui en renferment l'histoire. Enfin, un mémoire de M. Gueneau de Mussy, publié dans les *Archives générales de médecine* de 1853, détermine et précise les signes du diagnostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les deux portions de la plèvre qui tapissent la base du poumon et la partie du diaphragme correspondante sont fortement injectées et couvertes d'exsudations plastiques, s'étendant de l'une à l'autre. Ces concrétions membraniformes circonscrivent un épanchement plus ou moins abondant et formé d'un liquide quelquefois simplement séreux, quelquefois séro-purulent, mais le plus souvent purulent (Laënnec). Selon le siège et le volume de l'épanchement, les organes voisins, les poumons, le foie, la rate, le cœur, sont plus ou moins refoulés et comprimés. On a vu le diaphragme perforé, et le pus, après avoir passé de la cavité pleurale dans la cavité abdominale, pousser devant lui le péritoine et se creuser, entre les viscères abdominaux, une poche dont la paroi interne, ainsi que l'ouverture du diaphragme, étaient recouverts d'une pseudo-membrane assez épaisse, comme villeuse (Andral).

L'épanchement pleurétique, lorsqu'il est peu abondant, refoule d'autant plus le poumon qu'il ne peut s'étendre d'autre part : il le

creuse en quelque sorte, de manière qu'au premier aspect on serait tenté de croire qu'il est corrodé; mais si, après avoir évacué le pus, on enlève la fausse membrane qui tapisse le foyer de l'épanchement, on reconnaît que le poumon est simplement refoulé et que la plèvre même est intacte (Laënnec).

L'auteur que nous venons de citer indique deux modes de formation de l'épanchement pleurétique partiel : « L'inflammation, dit-il, se développe beaucoup plus difficilement et plus rarement dans une plèvre dont les lames adhèrent de toutes parts entre elles par des membranes séreuses accidentelles, que dans la même membrane intacte jusque-là de toute inflammation. C'est sans doute par la même raison que lorsqu'une pleurésie nouvelle se manifeste et attaque la partie de la membrane qui était restée saine dans une inflammation précédente, le travail inflammatoire, la formation de la fausse membrane, et l'épanchement, sont circonscrits exactement par les adhérences anciennes. L'épanchement est renfermé dans une fausse membrane qui tapisse exactement les parties environnantes; il n'est pas besoin, pour cela, que les adhérences des bords soient assez nombreuses et assez complètes pour interdire tout passage à un liquide de cette espèce de kyste dans le reste de la plèvre; des lames séreuses accidentelles très-ténues et un peu rapprochées les unes des autres suffisent pour isoler l'inflammation. L'épanchement renfermé entre la base du poumon et du diaphragme est ordinairement circonscrit par le bord même du poumon adhérent d'ancienne date. Quelquefois cependant il ne correspond qu'à une partie de la base du poumon, le reste étant adhérent. »

Une pleurésie circonscrite, continue Laënnec, peut quelquefois se former d'une autre manière et sans qu'il n'y ait d'adhérences anciennes. Dans les pleurésies très-légères, et particulièrement dans celles qui accompagnent une pneumonie, il arrive souvent qu'il n'y a d'exsudation pseudo-membraneuse que sur les bords tranchants du poumon et de ses scissures, ou si la fausse membrane s'étend un peu au delà, elle est partout d'une extrême ténuité, tandis que sur

les bords mêmes elle forme une espèce de filet d'un blanc jaunâtre plus ou moins opaque. Ces filets pseudo-membraneux venant à s'agglutiner aux parties opposées de la plèvre, parce que l'épanchement séreux est alors presque nul, si au bout de quelque temps, il survient une recrudescence d'inflammation, cette inflammation et l'épanchement qui en résulte se circonscrivent quelquefois dans la partie de la plèvre cernée par l'agglutination dont nous venons de parler. J'ai vu quelques pleurésies diaphragmatiques et interlobaires de cette sorte et par conséquent aiguës.

« Le fait de l'existence de ces pleurésies partielles aiguës, et la manière dont elles se forment, semblent prouver que l'exhalation pseudo-membraneuse précède un peu celle de la sérosité et que cette matière plus molle au moment de sa formation est refoulée sur les bords du poumon par un effet mécanique de la dilatation de cet organe. »

M. Gueneau de Mussy se demande si cette théorie ingénieuse, applicable à un grand nombre de cas de pleurésie circonscrite, peut les expliquer tous, s'il est toujours nécessaire de faire intervenir une recrudescence ou une récidive de l'inflammation? L'exsudation plastique, dit-il, qui en est la conséquence, peut très-aisément déterminer l'adhérence de deux feuillets de la céreuse dans cette étroite gouttière costo-diaphragmatique où s'engage le bord tranchant du poumon, et le bord forme déjà par cette disposition une sorte de barrière pour les liquides sécrétés entre la base du poumon et du diaphragme. On conçoit très-bien que la production des fausses membranes et de l'épanchement puisse être successive ou simultanée, et que ce dernier puisse rester circonscrit, sans qu'il soit nécessaire de supposer une rémission ou une exacerbation du travail inflammatoire.

Quant au diaphragme, il offre des lésions différentes, suivant les phases de la maladie. On l'a vu si violemment enflammé qu'il eût été impossible de le rendre plus rouge à l'aide d'une injection artificielle, et cela, soit dans une grande étendue de sa partie muscu-

laire, soit dans toute la partie aponévrotique (de Haen). On l'a trouvé recouvert de fausses membranes, adhérant à la base du poumon, au foie, à la rate, à l'aorte devenue anévrysmatique; atteint d'ulcérations, de taches gangréneuses, de concrétions terreuses, de tumeurs diverses et d'hydatides. Enfin l'on a rencontré aussi le diaphragme affecté d'hydropisie, cartilagineux, osseux et marqué de pétéchies. Ces nombreuses et si diverses lésions sont rapportées par J. Frank d'après Fr. Hoffmann, Bartholini, Winslow, Morgagni, Walter, Lieutaud, Asiscell, Sreiber, Stoll, etc. On conçoit que, pour la plupart, ce ne sont que différents états de sécrétions membraniformes et il n'est pas étonnant qu'on ait ainsi surchargé le diaphragme de ses altérations propres et surtout de celles des organes voisins, puisqu'on le croyait seul le siège de la maladie.

Dans le cas de perforation cité par M. Andral, les bords en étaient lisses et mousses, comme si elle existait depuis un certain temps, et autour d'elle le tissu du diaphragme ne paraissait être nullement altéré; mais il n'en est pas toujours ainsi, comme le montre l'observation cadavérique suivante, tirée du livre de M. Duchenne (de Boulogne) : « L'ouverture de la cavité thoracique gauche donna issue à une quantité considérable de pus qui en comprimant le poumon, l'avait réduit à un très-petit volume; une fausse membrane molle tapissait la plèvre costale et diaphragmatique. Cette fausse membrane étant enlevée sur le diaphragme, on voyait que le tissu musculaire était d'une coloration jaune-orange, qui était la même à la face péritonéale. Cette décoloration du diaphragme gauche contrastait d'une manière frappante avec la coloration rouge à peu près normale du diaphragme du côté opposé. Enfin le diaphragme était évidemment atrophié à gauche.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le début est souvent brusque, violent, marqué en général par un frisson; au milieu des troubles fonctionnels communs à presque

toutes les phlegmasies, le symptôme le plus saillant est une douleur vive, poignante, qui occupe une des régions hypochondriques, s'irradie vers l'épigastre et quelquefois jusque dans le flanc correspondant, en un mot c'est une douleur en ceinture qui suit très-bien les insertions du diaphragme; elle se fait sentir pendant les inspirations; toujours la respiration est anxieuse, précipitée, la dyspnée est très-forte; si le malade s'assied sur son lit, on le voit s'incliner en avant la main sur le côté affecté comme pour protéger le diaphragme ou l'immobiliser. M. Gueneau de Mussy indique un point qui serait le foyer de la sensibilité et qu'il appelle « bouton diaphragmatique. » Nous avons pu le constater un assez grand nombre de fois. Ce point est situé à l'intersection de deux lignes dont l'une continuerait la direction de la partie osseuse de la dixième côte, dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum.

Dans l'observation prise à la Pitié dans le service de M. Peter, le malade présentait à la pression un point douloureux vers la partie postérieure du dernier espace intercostal près du rachis, dans une étendue assez limitée. En outre, quand on refoule de bas en haut la région hypochondriacale, on produit en général une douleur vive qui ne se manifeste pas quand on presse dans une direction inverse.

Le foie, souvent refoulé en bas par l'épanchement, dépasse le rebord des côtes de plusieurs travers de doigt; on l'a vu descendre jusqu'à l'ombilic et déjeter en dehors les côtes sternales. Outre ce déplacement, il subit une irritation sympathique, qui se traduit quelquefois par de l'ictère.

Un autre phénomène, c'est une sensibilité très-vive entre les attaches inférieures du sterno-mastoïdien sous le trajet du phrénique. Ici nous devons bien prendre garde, car une pression un peu forte est toujours douloureuse dans cette région; aussi doit-on toujours comparer les résultats de la pression des deux côtés, et généralement on constate une différence très-marquée.

Les douleurs qui occupent la région sus-claviculaire sont d'une intensité assez médiocre; elles sont d'un siège variable, suivant les

sujets, disséminées quelquefois sur le moignon de l'épaule, suivant, dans d'autres cas, le bord externe du muscle trapèze; ces douleurs réflexes occupent des rameaux divers du plexus cervical.

En même temps que ces symptômes se manifestent, la face exprime l'anxiété la plus vive; elle est quelquefois grippée et dans les cas les plus graves, agitée de mouvements convulsifs, que Portal, P. Frank expliquaient par les anastomoses du phrénique avec le nerf facial.

La respiration est très-fréquente, très-courte, haletante, comme convulsive. Van Swieten disait : *quiescente abdomine*; pour P. Frank elle est presque exclusivement thoracique. La rétraction des hypochondres est indiquée par Galien, Boerhaave; elle est une conséquence de l'immobilité du diaphragme; la paroi abdominale va au-devant du vide qui résulte de la dilatation du thorax. M. Andral lui a attribué le caractère d'être exclusivement costal. Voici ce que dit M. Gueneau de Mussy : « Chez plusieurs des malades que j'ai observés, les parois thoraciques y jouaient le principal rôle, mais les mouvements alternatifs de l'abdomen semblaient prouver que l'action du diaphragme n'était pas entièrement annulée. »

L'auscultation et la percussion ne donnent souvent aucun résultat positif. Un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire du côté malade, un peu de râle sous-crépitant vers la limite inférieure du poumon, expliqués par la diminution de l'expansion thoracique et par la congestion inévitable du tissu pulmonaire sous-jacent à la plèvre enflammée, tels sont les seuls signes stéthoscopiques qu'on trouve.

Le pouls, le plus souvent accéléré, concentré, n'offre chez d'autres malades qu'une médiocre fréquence. La toux est fréquente, continue, en un mot pleurétique; l'expectoration est peu abondante et muqueuse. Les vomissements se montrent souvent au début; quelques auteurs parlent d'une douleur correspondant à l'ouverture œsophagienne du diaphragme et provoquée par le passage du bol alimentaire. Dans l'observation prise dans le service de M. Peter,

on voit cette femme être prise de douleurs au niveau de l'épigastre pendant son repas et surtout après, comme si la plénitude de son estomac venait gêner l'action du diaphragme.

Quant aux autres troubles des fonctions digestives, ils sont en rapport avec l'intensité de l'état fébrile et avec la gravité de la maladie ; celle-ci suit, en général, pendant quelques jours, une marche ascendante pour décroître ensuite, si la terminaison doit être favorable. S'il en est autrement, il peut y avoir des rémissions passagères, pendant lesquelles la douleur et l'oppression diminuent ou disparaissent en grande partie ; le décubitus horizontal devient possible, pourvu que le malade se couche sur le côté affecté. Cependant la fièvre persiste, les symptômes alarmants reparaissent, les vomissements peuvent recommencer et exaspèrent horriblement la douleur. (Obs. de M. Andral.)

Dans les cas funestes, le délire survient souvent pendant les derniers jours de la maladie. Dans deux des observations de M. Andral, il s'est montré à une époque rapprochée du début (troisième, huitième jour) ; dans le dernier cas, il a cessé et reparu à plusieurs reprises. Nous n'avons pas constaté le fameux rire sardonique signalé par tous les anciens médecins comme un des signes caractéristiques de cette affection. Alors la physionomie du malade est de plus en plus altérée, ses forces s'épuisent, la voix est éteinte, l'oppression est extrême ; les nausées, le hoquet reviennent quelquefois ; dans certains cas, le coma succède au délire et précède la mort. On a vu une douleur subite de l'hypochondre, s'étendant jusque dans le flanc et dans la région iliaque, coïncider avec la perforation du diaphragme et avec le développement d'une péritonite circonscrite (Van Swieten, M. Andral). On conçoit que l'épanchement puisse, suivant une direction inverse, se tracer une issue à travers le tissu pulmonaire et devenir le point de départ d'une vomique.

Tel est l'ensemble des symptômes de la pleurésie diaphragmatique. Les uns sont constants et caractéristiques ; les autres, moins impor-

tants, peuvent faire défaut. Nous allons revenir sur quelques-uns de ces symptômes et en rechercher la raison physiologique.

DOULEUR.

On peut la diviser en douleur locale et en douleur par propagation, et celle-ci en douleur par propagation d'inflammation (douleur physique) et par propagation de simple sensation (douleurs sus-claviculaires).

Douleur locale. — Elle naît de l'hypochondre et s'irradie vers l'épigastre et dans le flanc en suivant le bord costal. C'est une douleur en ceinture, qui, nous le croyons, doit trouver son explication dans les insertions du diaphragme. Toutes les parties douloureuses ne peuvent supporter la plus légère pression; mais le foyer principal de la sensibilité a été indiqué par M. Gueneau de Mussy comme siégeant à deux travers de doigt de la ligne blanche, à la hauteur de la dixième côte environ. Il y a donc lieu de se demander la raison de ce siège précis; mais on ne la trouve pas facilement.

Rien de particulier à cet espace intercostal ne vient l'expliquer, si ce n'est peut-être la mobilité plus grande de la dixième côte, qui détermine des froissements douloureux du nerf enflammé. La sensibilité développée vers la partie postérieure du dernier espace intercostal, près du rachis, dans une étendue très-limitée, ne pourrait-elle pas s'expliquer par les insertions des piliers du diaphragme?

Douleur par propagation d'inflammation. — La sensibilité qui se manifeste le long du nerf phrénique et qui se montre surtout très-vive entre les attaches du muscle sterno-mastoïdien, a été remarquée depuis longtemps.

« Quelques malades, dit J. Frank, accusent de la douleur aux parties latérales du cou. »

Hippocrate en avait fait un signe grave de la pleurésie diaphragmatique.

Les douleurs cervicales ne peuvent être le fait que d'une propagation, d'une congestion inflammatoire le long du névritème du nerf phrénique jusqu'au voisinage du plexus cervical.

Douleur par propagation de sensation. — Les douleurs sus-claviculaires sont des phénomènes nerveux d'un ordre différent. Ce sont des douleurs réflexes, qui suivent les divers rameaux du plexus cervical, surtout de la quatrième paire, principale origine du nerf phrénique, et qui se manifestent soit au moignon de l'épaule, soit le long du bord externe du trapèze, quelquefois jusque dans la région scapulaire.

Vomissements. — Les vomissements assez fréquents dans cette affection peuvent être considérés comme le résultat d'une action réflexe si les anastomoses du phrénique et du pneumogastrique existent aussi souvent que le pense Haller.

Rire sardonique. — Nous devons dire également un mot du rire sardonique, auquel on attachait jadis une si grande et une si étrange importance, puisqu'on le regardait comme un symptôme pathognomonique de toutes les affections du diaphragme. Certains auteurs se sont évertués non-seulement à le décrire, mais encore à l'expliquer.

D'après Portal, « il n'est pas étonnant que les affections du diaphragme puissent occasionner des convulsions dans les muscles des lèvres, lesquelles sont souvent la suite de maladies de ce grand muscle: et, en effet, le nerf diaphragmatique communique par des filets avec le nerf vague et celui-ci avec le nerf facial, qui distribue ses rameaux aux muscles des lèvres. Leur convulsion peut résulter de l'affection du nerf diaphragmatique, qui communique aussi avec le nerf facial au moyen du plexus formé principalement par les quatrième et cinquième paires cervicales, plexus qui constitue la majeure partie des nerfs phréniques. »

Mais avant de chercher ainsi des explications que la physiologie ne saurait confirmer, il eût été nécessaire de connaître, d'une ma-

nière positive, et la constance et la valeur de ce symptôme. Or, Joseph Frank lui-même cite un cas où l'on a observé le rire sardonique alors que le diaphragme était parfaitement intact, et il rapporte en outre plus d'un cas d'abcès du diaphragme où le rire sardonique n'avait jamais été observé.

M. Andral et M. Gueneau de Mussey ne l'ont jamais noté dans les observations qu'ils ont recueillies, et l'on ne saurait guère s'expliquer l'importance que les anciens accordaient à ce signe, qu'en admettant qu'ils n'ont voulu désigner par là que cette crispation des traits et ces mouvements convulsifs des lèvres qui accompagnent pendant la dyspnée les violents mouvements d'inspiration.

Modification dans l'action du diaphragme.

Que deviennent les fonctions du diaphragme? C'est là un fait qui ne manque pas d'intérêt et qui a pu depuis longtemps attirer l'attention des observateurs. Pierre Frank, en décrivant la respiration dans cette maladie, dit qu'elle est petite, accélérée, suffocante, exécutée presque exclusivement par les seuls mouvements du thorax avec immobilité de l'abdomen. Joseph Frank dit également que la respiration s'exécute uniquement à l'aide des parois thoraciques. Van Swieten, avant eux, avait déjà mentionné ce fait. M. Andral l'a noté d'une manière toute particulière. M. Gueneau de Mussy insiste aussi sur ce phénomène, sans toutefois le croire aussi constant qu'on l'a avancé.

Qu'il nous soit permis de rappeler que cette paralysie passagère du diaphragme est un fait facile à comprendre, si l'on songe à ce qui se passe dans quelques affections analogues; ainsi par exemple, dans certaines formes de péritonite, lorsque l'inflammation de la séreuse a gagné la voûte diaphragmatique, on a noté que dans ces cas, le diaphragme reste immobile, probablement parce que ces fibres musculaires elles-mêmes sont frappées d'inflammation, et alors à chaque inspiration, au lieu de sentir à l'épigastre une saillie

formée par l'ampliation du thorax, on remarque un affaissement de cette région. De même n'est-ce pas un fait sur lequel Trousseau a insisté que cette paralysie du voile du palais qui survient chez des adultes et surtout chez des enfants, à la suite de certaines angines et qui se traduit par le nasonnement, le reflux du liquide par les fosses nasales, etc.? Ces cas semblent vraiment faire croire que la paralysie d'un muscle peut très-bien résulter de l'inflammation de son tissu. C'est une opinion qu'il est difficile de ne pas admettre dans les cas où il y a inflammation sans épanchement notable.

La perte de contractilité du diaphragme peut se faire de deux façons : ou elle est le produit d'une paralysie passagère, ou elle est liée à un changement de texture. Le premier cas appartient à la période aiguë de la maladie; le second est une conséquence de sa longue durée.

M. Duchenne (de Boulogne) qui a fait de si belles recherches sur de nombreux cas de paralysies de causes différentes, telles que l'atrophie musculaire progressive, la cachexie saturnine, l'hystérie, etc., résume les symptômes ainsi qu'il suit : pendant l'inspiration, les hypochondres et l'épigastre sont déprimés, tandis qu'au contraire la poitrine se dilate; pendant l'expiration, les mouvements de la poitrine et de l'abdomen ont lieu également dans un sens opposé, c'est-à-dire que l'abdomen se soulève, tandis que la poitrine se resserre. Le malade semble aspirer ses viscères abdominaux, quand l'inspiration produit l'expansion de la poitrine, et cela d'autant plus que le thorax s'agrandit davantage : de là une inspiration courte et insuffisante aux besoins de la phonation et du parler; de là aussi l'impossibilité d'inspirer largement, de soupirer, etc., sans être étouffé par l'ascension de ces viscères.

Tel était le résultat des observations de M. Duchenne, quand Aran y joignit des faits qui touchent encore de plus près au sujet qui nous occupe. Il remarqua les mêmes troubles fonctionnels, plus ou moins tranchés il est vrai, dans des cas de paralysie du diaphragme occasionnée par la propagation de la phlegmasie des organes voisins,

et l'autopsie de certains sujets a montré des lésions anatomiques qui rendaient compte de cette paralysie. A la suite de métrô-péritonite, d'hydropneumothorax, etc., Aran reconnut que l'inflammation, s'étendant de proche en proche, venait paralyser l'action du diaphragme, et que cette inertie du muscle inspirateur était une complication assez fréquente de la pleurésie localisée dans sa proximité. Du reste, la paralysie des muscles intercostaux, signalée par Laënnec, comme un des signes de l'inflammation de la plèvre, devait faire pressentir celle du diaphragme dans les mêmes conditions.

Dans tous les faits de paralysie du diaphragme, on ne trouve plus, au premier abord, des signes de perturbation, dans l'isochronisme des mouvements du thorax, aussi parfaitement dessinés que nous l'avons indiqué. Mais, si appliquant chaque main à plat et en travers sur les parois de l'abdomen, de manière à couvrir l'épigastre et les hypochondres, on exerce une pression égale et légère, et si alors on fait respirer largement les malades, les mains paraissent mues en sens contraire, c'est-à-dire que, pendant l'inspiration, la main correspondant au côté sain est soulevée, tandis que l'autre reste immobile, ou plutôt semble s'enfoncer du côté malade, et *vice versa*, pendant l'expiration; enfin à l'aide de cette exploration, on sent, pendant l'inspiration, une certaine résistance des parois abdominales du côté sain, tandis que le côté malade n'en oppose aucune.

Concluons que l'aplatissement ou la rétraction de l'hypochondre, les mouvements de totalité de poitrine, sont autant de signes de la paralysie du diaphragme qui accompagne la pleurésie. Il faut sans doute un degré très-prononcé de paralysie du diaphragme et des conditions particulièrement favorables à l'observation (maigreur du sujet, respiration par trop précipitée), pour que ces signes s'offrent en quelque sorte d'eux-mêmes à l'attention du médecin; mais la même paralysie serait constatée probablement dans un bien plus grand nombre de cas de pleurésie diaphragmatique, si l'on avait égard aux signes tirés de l'examen fait avec les mains.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic offrira souvent de grandes difficultés. Et d'abord commençons par indiquer les cas où l'on a trouvé, à l'autopsie, des épanchements purulents sur le diaphragme, sans que les symptômes observés pendant la vie aient pu faire soupçonner une telle lésion. Joseph Frank mentionne plusieurs cas de diaphragmatite exempte de rire sardonique, de délire et même de symptômes ordinaires de cette maladie. De Haen (*Ratio medendi*, p. 68) rapporte l'histoire d'un malade de ce genre qui ne présentait ni nausées, ni vomissements, et chez lequel l'estomac pouvait supporter les médicaments les plus irritants ; puis il s'écrie en terminant : « Quis demum mortalium in hac pleuritidi fuisset unquam universi pene diaphragmatitis inflammationem suspicatus ? »

M. Andral dit aussi avoir observé bon nombre de phthisiques, chez lesquels il a trouvé, à l'autopsie, des adhérences très-étendues du poumon et du diaphragme, bien que pendant la vie, ces malades n'eussent accusé aucune douleur et n'eussent présenté aucun signe propre à faire soupçonner l'existence d'une pleurésie en cet endroit.

Ce qui contribue singulièrement à rendre le diagnostic de la pleurésie diaphragmatique si difficile, c'est surtout l'absence des moyens directs d'exploration.

Ajoutons que parmi les symptômes que nous avons énumérés plus haut, il en est beaucoup qui, pris isolément, se rencontrent dans des affections bien différentes.

Il n'y a donc point dans la pleurésie diaphragmatique de signes pathognomoniques, et l'on doit, pour arriver au diagnostic de cette affection, se baser plutôt sur l'ensemble des symptômes que sur un seul considéré individuellement. Enfin, sans vouloir dire qu'on ne peut la diagnostiquer que par exclusion, nous insisterons cependant sur ce fait, que l'absence de phénomènes morbides du côté des

organes voisins est chose importante dont il faudra toujours tenir grand compte.

Parmi les maladies que l'on peut confondre avec la pleurésie diaphragmatique, il en est que nous nous contenterons de mentionner, car elles sont rares et ne se présentent qu'exceptionnellement à l'observation du médecin; il en est d'autres sur lesquelles nous insisterons d'une manière plus spéciale.

Ascarides lombricoïdes. — « Il y a quelques années, dit Pierre Frank, nous avons vu un homme en proie à un délire furieux et continu; il accusait ordinairement une vive douleur quand on comprimait ses hypochondres soulevés et tendus; il mourut le second jour avec le hoquet, le rire sardonique et une fièvre très-aiguë. L'ouverture du cadavre montra le diaphragme parfaitement sain, mais on constata la présence d'un grand nombre d'ascarides lambricoïdes et un amas considérable de saburres dans toute la longueur du tube intestinal. »

Pleurésie costo-pulmonaire. — J. Frank essaye de séparer la diaphragmatite de la pleurésie. Pour la diaphragmatite, il indique la douleur sous-sternale au bas des côtes, douleur qui entoure la poitrine comme une ceinture, et puis il rappelle que la respiration s'exécute surtout à l'aide des muscles pectoraux. Pour la pleurésie, au contraire, la douleur est pongitive, elle occupe surtout la partie latérale de la poitrine et la respiration se fait principalement par les muscles de l'abdomen. A ces signes, ajoutons les phénomènes d'auscultation et de percussion qu'on observe seulement dans la pleurésie costo-pulmonaire, tandis qu'ils manquent presque complètement dans la pleurésie diaphragmatique. Nous pouvons à cet égard nous appuyer sur l'autorité de M. Gueneau de Mussy, qui, ainsi que nous l'avons dit, n'a pu dans les cas qui se sont offerts à lui, constater que quelques râles crépitants à la base des deux poumons, par suite de la congestion de ces organes.

Dans les cas assez nombreux où la pleurésie diaphragmatique survient consécutivement à une pleurésie costo-pulmonaire par suite de la propagation de la phlegmasie, le diagnostic sera surtout basé sur l'exacerbation subite de l'anxiété respiratoire, de la fièvre, et de tous les symptômes généraux, exacerbation que ne pourront justifier ni l'auscultation ni la percussion des parois thoraciques.

M. Andral a souvent noté de son côté, chez des phthisiques, des douleurs généralement peu vives et passagères, ne s'accompagnant d'aucun symptôme grave, et siégeant vers le rebord cartilagineux des côtes et dans les hypochondres; il a cru devoir souvent les attribuer à des phlegmasies peu intenses de la plèvre diaphragmatique, et souvent l'autopsie est venue vérifier son diagnostic.

Péricardite. — La péricardite pourrait être confondue avec la pleurésie diaphragmatique; la douleur épigastrique avec ses irradiations et la gêne de la respiration sont deux phénomènes communs à ces deux maladies; mais, dans la péricardite, l'oppression sera moins forte, le pouls moins fréquent, l'anxiété respiratoire moins vive. Si la maladie est à son début, il sera possible d'observer à la région précordiale divers bruits de frottement qui ne se rencontrent point dans la pleurésie diaphragmatique, et plus tard, quand l'épanchement du péricarde s'est produit, la matité précordiale, l'affaiblissement et le timbre éloigné des bruits du cœur sont des caractères qui dissiperont tous les doutes. Dans la pleurésie diaphragmatique avec épanchement, le cœur pourra bien être refoulé en haut, soit à droite, soit à gauche, suivant la portion de plèvre affectée, mais jamais on n'observera la matité précordiale ni l'éloignement des bruits du cœur.

Hépatite. — Il est plus difficile de distinguer la pleurésie diaphragmatique de l'hépatite, car l'irritation du foie peut donner lieu à la

production des mêmes symptômes, c'est-à-dire des douleurs sus-claviculaires, de la répulsion des côtes en dehors, de la saillie du foie dans l'hypochondre, de l'ictère.

Mais, dans l'hépatite, on ne constate ni le point épigastrique, ni l'orthopnée avec inclinaison du corps en avant, ni la difficulté du décubitus dorsal, ni les signes, si faibles qu'ils soient, que donne l'auscultation. N'oublions pas d'ailleurs que l'hépatite simple est, dans nos climats, une maladie rare et dont on ne doit tenir que fort peu compte lorsqu'on discute un diagnostic incertain.

Rhumatisme du diaphragme. — Cette affection pourrait offrir quelque analogie avec la pleurésie diaphragmatique; mais c'est là une affection dont l'histoire est encore trop peu connue pour que nous puissions en discuter le diagnostic différentiel.

Angine de poitrine. — Notons d'abord que cette maladie procède par accès, caractère qui nous sera d'un grand service pour faire le diagnostic différentiel; mais plaçons-nous dans le cas le plus défavorable et supposons que nous soyons appelé au moment d'une attaque. Alors nous trouverons même douleur épigastrique avec ses irradiations vers le moignon de l'épaule et le long du bras. Un exemple nous fera mieux saisir les points de contact de ces deux maladies. M. Peter, dans ses remarquables cliniques de la Pitié, a rapporté le fait suivant : Il fut appelé pour aller voir une personne occupant une des premières places de la hiérarchie politique. Ce personnage, soumis à un travail extrême depuis quelques jours, fut pris tout à coup d'une douleur excessive au niveau du diaphragme : il se tenait assis sur son lit, le corps plié en deux et protégeant de sa main la portion douloureuse de la poitrine. M. Peter, en raison de l'instantanéité de la douleur, de ses habitudes excessives de fumer, porta le diagnostic : angine de poitrine. Ne s'en rapportant pas à lui-même, il fit appeler en consultation le Dr Trousseau, qui fit le même diagnostic. Un troisième médecin, non moins distingué,

leur fut adjoint et se trouva de leur avis. Ce ne fut que le troisième jour que M. Peter, en percutant en arrière, trouva un peu de submatité à la base; l'auscultation lui permit d'entendre une respiration moins ample qu'à l'état normal, de plus quelques bulles crépitan-tes; l'éveil étant donné, il ne tarda pas à constater que la pression était douloureuse tout le long des insertions du diaphragme. La région sus-claviculaire fut aussi trouvée sensible. En un mot, une fois son attention dirigée de ce côté, il constata tous les symptômes de la pleurésie diaphragmatique. M. Peter croit aussi que, dans l'angine de poitrine, la douleur siège et s'irradie le long du phrénique et non le long des nerfs cardiaques, comme le disent les auteurs.

Colique hépatique. — La même difficulté peut se présenter pour une attaque de colique hépatique. Supposons que nous soyons appelé au moment de l'accès : nous trouverons les mêmes douleurs ayant le même siège, mêmes douleurs réflexes et sympathiques le long du phrénique et du plexus cervical. Joignez à ces symptômes des nausées et des vomissements, et vous aurez le tableau de la pleurésie diaphragmatique.

D'ailleurs cette erreur de diagnostic a été commise. En voici un exemple : M. Blache, médecin distingué des hôpitaux, fut pris tout à coup d'une douleur des plus violentes au milieu du diaphragme. Un médecin de ses amis fut appelé, qui constata le siège des douleurs; il observa aussi de l'hyperesthésie le long du phrénique; enfin l'auscultation lui fit entendre quelques râles sous-crépitan-
ts à la base de la poitrine et en arrière. Son diagnostic fut : pleurésie diaphragmatique. Trousseau ayant été appelé en consultation ne vit là qu'un travail inflammatoire qui se passait dans le foie et qui était le prélude d'une colique hépatique. En effet, le lendemain, l'ictère avait éclaté, et avec lui tous les symptômes de la colique hépatique.

Perihépatite ou péritonite sus-hépatique. — Dans ces maladies, nous observons beaucoup de symptômes que nous avons notés dans la pleurésie diaphragmatique. Un exemple va nous le faire voir : il s'agit d'une femme qui est entrée dans les premiers jours de mars à l'hôpital pour une vaginite et une périmétrite. Pendant son séjour, elle a été prise des symptômes suivants :

31 mars. Douleur vive dans la partie latérale droite de l'épigastre et dans l'hypochondre, foie volumineux, tumeur dans la région de la vésicule biliaire. Vomissements bilieux, mictions fréquentes. On prescrit un vésicatoire dans l'hypochondre et du calomel à l'intérieur.

1^{er} avril. La malade a encore vomi trois fois hier, et une fois le matin. On lui donne : potion de Rivière et des pilules de belladone.

Le 3. La malade n'a pas vomi, mais elle ressent une douleur très-vive dans l'hypochondre qui s'irradie dans le bras droit; douleurs sur le trajet du phrénique au cou. (Elle n'a jamais eu autrefois de colique hépatique, ni d'ictère).

Le 6. Depuis huit jours, douleur dans l'hypochondre droit. Les vomissements sont arrêtés. Vive sensibilité dans la région sus-claviculaire droite. Son obscur sous la clavicule.

Le 8. Submatité et respiration très-faible à la base du côté gauche. Peu à peu les symptômes tenant à la maladie du foie disparaissent et la malade guérit.

Enfin, la plupart des phénomènes que nous avons trouvés dans la pleurésie diaphragmatique peuvent encore être produits par l'inflammation d'un ou de plusieurs des autres organes qui sont logés dans la partie supérieure de l'abdomen, de sorte que le diagnostic ne sera pas fondé sur tel ou tel signe en particulier, mais sur l'ensemble des symptômes que nous avons passé en revue et dont voici le résumé : douleurs hypochondriques, point épigastrique dont la

pression provoque une dyspnée intense, douleurs réflexes sus-claviculaires, sensibilité du nerf phrénique, douleur par la pression de l'hypochondre dirigée de bas en haut; orthopnée et appréhension des efforts nécessaires pour respirer, toux pleurétique, fièvre, hoquet, nausées, vomissements, perturbation dans l'isochronisme des mouvements du thorax et de l'abdomen.

PRONOSTIC ET TERMINAISON.

Les auteurs anciens regardaient la pleurésie diaphragmatique comme une maladie des plus graves. Dans les cinq observations citées par M. Andral, la maladie s'est terminée par la mort; mais voyons un peu ce qui s'est passé dans ces cas.

Observation I^{re}. — Dans la première observation, nous trouvons une pleurésie diaphragmatique survenue chez un sujet bien portant; la maladie a parcouru son cycle sans qu'aucune autre affection soit survenue : aussi la terminaison qui a eu lieu par la mort, ne doit-elle être rapportée qu'à cette maladie.

Observation II. — Dans la deuxième observation, nous avons affaire à une pleurésie diaphragmatique survenue chez un tuberculeux. D'après M. Andral même, la guérison de ce malade ne devait pas être regardée comme impossible, lorsqu'une arachnitis suraiguë l'entraîna rapidement au tombeau. Aussi ce cas ne doit-il pas entrer en ligne de compte pour la gravité du pronostic de la pleurésie diaphragmatique.

Observation III. — Il s'agit d'un tuberculeux au deuxième degré chez lequel survint une pleurésie diaphragmatique qui se termina par une perforation du diaphragme, laquelle amena rapidement la mort. Disons d'abord que la maladie principale était ici la tuberculose et que la pleurésie n'était qu'une complication. En second lieu, nous croyons que ce cas doit être considéré comme une véritable

affection du diaphragme (une pleuro-diaphragmatite), et non comme une pleurésie diaphragmatique. C'est en un mot un cas complexe qu'on est obligé de rejeter lorsqu'il s'agit d'établir une statistique.

Observation IV. — Il s'agit d'une pleurésie diaphragmatique consécutive à une pleurésie costo-pulmonaire. C'est dans le cours d'une pleurésie ordinaire du côté gauche qu'est survenue la pleurésie diaphragmatique du même côté. La matité était complète tant en avant qu'en arrière, et le malade se plaignait d'étouffer; c'est dans ces circonstances qu'il est mort. Nous avons là toutes les indications de la thoracentèse. A l'autopsie, on trouva le poumon refoulé sur les parties latérales de la colonne vertébrale. Le cœur, tout à fait placé derrière le sternum, avait une position verticale. Dans ce cas, nous l'espérons, on ne viendra pas invoquer la pleurésie diaphragmatique pour expliquer la mort.

Observation V. — Il s'agit encore d'un sujet atteint de tubercules en voie de ramollissement. Le malade fut frappé d'une pleurésie diaphragmatique qui devint costo-pulmonaire. Pourrait-on dire que ce malade est mort de pleurésie diaphragmatique? Assurément non, il a succombé aux progrès rapides de sa tuberculisation, qui s'est compliquée de pleurésie.

En résumé, parmi ces cinq observations, nous n'en trouvons qu'une de concluante, qui est la première; les quatre dernières ne peuvent entrer nullement en ligne de compte pour la gravité du pronostic de la pleurésie diaphragmatique.

Passons à M. Gueneau de Mussy. La mort a eu lieu dans les trois premières observations, mais ajoutons de suite que la maladie s'est compliquée une fois de pneumonie, une autre fois de pleurésie générale; trois autres cas se sont terminés par la guérison, malgré un violent début.

Malgré l'opinion partagée par la plupart des auteurs sur la gravité de la pleurésie diaphragmatique, Laënnec la considrèe comme

peu grave, s'appuyant sur ce qu'on en rencontre rarement dans les autopsies et qu'on trouve souvent des adhérences anciennes qui unissent le diaphragme au poumon. Sans avoir à cet égard d'expérience personnelle, qu'il nous soit permis de partager l'opinion de cet auteur, à laquelle du reste se rattache complètement M. Gueneau de Mussy ; voici quelles sont ses paroles à ce sujet : « Depuis la publication de mon mémoire, j'ai rencontré assez souvent des pleurésies diaphragmatiques, et presque toujours elles se sont terminées par la guérison. » M. Peter nous a dit aussi en avoir observé dernièrement quatre cas qui ont parfaitement guéri.

La perforation du diaphragme peut être une des terminaisons de cette forme de pleurésie. M. Andral en cite un cas : c'était chez un jeune sujet tuberculeux ; le pus avait pénétré dans la cavité abdominale et semblait avoir repoussé au-devant de lui le péritoine ; autour de la perforation, le tissu du diaphragme ne paraissait nullement altéré. M. Andral rapproche ce cas des perforations dites spontanées, du tube intestinal, dans lesquelles on trouve souvent exempt de toute lésion le tissu qui environne la perforation.

Il se pose du reste, sans chercher à les résoudre, les diverses hypothèses qui pourraient expliquer les causes et le mécanisme de cette perforation : le muscle s'est-il d'abord enflammé et ramolli, et la solution de continuité a-t-elle eu lieu par les simples progrès de son ramollissement, comme cela s'observe pour la cornée transparente, ou bien ne doit-on point invoquer ici la pression toute mécanique du pus sur les fibres musculaires préalablement ramollies ?

Van Swieten a cité également un exemple de perforation du diaphragme. Dans le cas de M. Andral et dans celui rapporté par Van Swieten, l'accident s'est annoncé par une douleur subite dans l'hypochondre droit, douleur qui s'est bientôt étendue jusqu'aux flancs et à la région iliaque.

ÉTIOLOGIE.

Les causes de la pleurésie diaphragmatique se confondent avec celles de toutes les pleurésies; nous n'insisterons pas longuement sur les circonstances prédisposantes et occasionnelles capables d'en déterminer le développement, telles que le sexe masculin, le jeune âge, une prédisposition héréditaire ou acquise aux affections rhumatismales, l'influence du froid humide, etc. D'après les observations que nous avons pu analyser, elle serait plus fréquente chez la femme que chez l'homme; de plus, nous noterons que nous n'avons pas trouvé d'exemple de cette maladie chez les enfants.

Nous mentionnerons aussi, sans y attacher une grande importance, la diaphragmatite épidémique, signalée par Joseph Frank. Ainsi que lui-même le constate d'ailleurs, en présence du cas de ce genre dans lequel l'autopsie n'est point venue vérifier le diagnostic, il pourrait bien se faire que les épidémies observées dussent être rapportées aux fièvres typhoïdes à forme inflammatoire.

Il est d'autres causes qui semblent conduire plus spécialement à la pleurésie diaphragmatique et qui peuvent servir à distinguer plusieurs variétés de cette maladie : tantôt c'est d'abord une pleurésie costo-pulmonaire dans laquelle l'épanchement ayant acquis un volume plus considérable finit par envahir la région du diaphragme : telle est l'origine des cas les plus fréquents et les plus graves; tantôt au contraire la pleurésie débute par le diaphragme, et n'envahit que consécutivement la plèvre pulmonaire; enfin des cas où la pleurésie n'est que l'extension de la région diaphragmatique d'un travail morbide qui s'opère dans le voisinage : tel est le cas d'une pneumonie de la base, des états phlegmasiques qui accompagnent la tuberculisation pulmonaire, d'une hépatite de la convexité soit primitive, soit consécutive à la présence de kystes, de productions accidentelles, ou enfin une péritonite.

TRAITEMENT.

Le traitement n'offre aucune indication spéciale, il faut combattre énergiquement l'inflammation et modérer la douleur qui, par une influence en retour, augmente la fluxion qui la prolonge. On appliquera des ventouses autour de la base de la poitrine, pour exercer une action à la fois dérivative et déplétive sur les vaisseaux du diaphragme. En même temps, les narcotiques (la belladone, l'extrait aqueux d'opium) seront administrés à l'intérieur et appliqué sous forme de topiques sur les régions douloureuses. Enfin, quand l'irritation circulatoire est calmée sous l'influence de ces moyens, ou dès le début, quand la réaction est médiocre et le sujet débilité, des vésicatoires doivent être employés en ceinture autour de la base de la poitrine.

Disons un mot des injections hypodermiques que nous avons vu si bien réussir dans le service de M. Peter. Sous leur administration, la malade voyait sa toux se calmer, le symptôme douleur, si atroce au moment des inspirations, était notablement affaibli. Citons aussi un cas de hoquet, observé dans le service de M. Broca, chez un homme cachectique ; pendant deux jours, l'opium ne fit rien ; le troisième jour, on fit des injections au niveau du diaphragme, et le malade guérit.

Les injections hypodermiques, faites au niveau des insertions, du diaphragme, ne doivent agir qu'en l'anesthésiant, et par suite, font diminuer les douleurs.

OBSERVATION I^{re}.

Pleuro-pneumonie double. — Péritonite sus-hépatique.

Le nommé D..., âgé de 27 ans, domestique, né à Tarbes (Hautes-Pyrénées), entre à l'hôpital Beaujon le 8 avril 1869, dans le service de M. le professeur Gubler.

D'une bonne santé habituelle, ce malade contracta, dans les colonies, la fièvre intermittente. Il n'a jamais eu de rhumatisme, pas de pleurésie, pas de pneumonie. Malade depuis onze jours, sa maladie a débuté par un frisson violent et un point de côté à droite.

Etat actuel. — 8 avril. Visite du soir. Pouls à 140; la température de l'aisselle est de 38°,8; 40 inspirations à la minute. La face est d'une pâleur extrême, le nez, un peu pincé, est refroidi. A la percussion et à l'auscultation, on ne trouve rien d'anormal en avant. En arrière, à droite, il y a de la matité dans les deux tiers inférieurs, du souffle à partir de l'angle de l'omoplate, des râles sous-crépitaux et de la bronchophonie. A gauche seulement, dans le tiers inférieur, on trouve également des râles sous-crépitaux. Aux deux bases, en faisant parler le malade, on constate que les vibrations thoraciques sont diminuées.

Remarquons également que la respiration se fait presque uniquement par le type dit *costal supérieur*; le diaphragme paraît rester immobile; la pression de chaque côté au niveau des hypochondres est très-douloureuse. Ces différentes particularités nous font supposer que la plèvre diaphragmatique est sans doute prise. — Traitement. Julep morphiné, sinapismes aux extrémités.

Le 9. Le malade a un peu reposé cette nuit. Les mêmes bruits morbides se perçoivent en arrière. En appliquant la main à la région précordiale, on constate deux frémissements: l'un à la base, l'autre à la pointe. Il y a un prolongement du premier temps à la base, et le claquement valvulaire du second temps n'est pas très-net. Ce matin, la dyspnée est bien moins intense qu'hier; le malade a 100 pulsations. — Le traitement consiste en: ipéca, 2 gr. en huit doses; bordeaux, bouillon, potage. Dans les urines, M. Gubler constate un peu d'albumine et la présence du diaphragme d'acide urique. A la visite du soir, le malade n'a eu que deux vomissements. Il se trouve très-oppresé, aussi lui fait-on appliquer douze ventouses sèches à la base du thorax.

Le 10. Ce matin, le malade se trouve bien mieux; il a été très-soulagé par l'application du vésicatoire. A droite, on ne trouve plus de souffle, les râles sous-crépitaux sont bien moins nombreux; à gauche, au contraire, on les trouve

en plus grand nombre. — On prescrit un vésicatoire volant à gauche, puis ipéca, 2 gr. en huit paquets. Le soir, le malade n'a eu aucun vomissement, pas de selles; il a 130 pulsations; la langue est humide. On constate toujours une augmentation très-nette des accidents dyspnéiques.

Le 11. La nuit a été assez bonne, mais, à droite, on trouve ce matin les signes d'un épanchement qui occupe le tiers de la cavité pleurale; on trouve du souffle, de l'égophonie et une diminution des vibrations; 96 à 100 pulsations. On prescrit un julep diacode.

Le 13. L'état général est très-bon. La respiration s'exécute à peu près normalement, seulement dans les mouvements d'inspiration, il éprouve une douleur très-vive au niveau de l'hypochondre droit. Le malade demande à manger, on lui accorde une portion.

Le 14. A droite, il y a toujours dans le tiers inférieur du souffle voilé, de l'égophonie, tandis qu'au-dessus de l'épanchement on trouve des frottements pleuraux. A gauche, au contraire, il n'y a plus de liquide, seulement des frottements. — Vésicatoire volant à droite et en arrière.

Le 15. Il y a toujours un peu d'albumine dans les urines, mais en bien moins grande quantité.

Le 18. Il y a toujours à droite un peu de liquide, mais la quantité diminue tous les jours. Le malade se plaint aujourd'hui plus vivement que jamais d'une douleur assez intense siégeant à l'hypochondre droit. En explorant comparativement les deux régions identiques, on constate à droite une distension considérable au point de simuler presque une tumeur. La forme de cette tuméfaction est orbiculaire, elle atteint dans ses limites d'un côté l'épigastre, de l'autre le flanc droit. A la main, on constate, dans toute l'étendue de la tuméfaction, une fluctuation des plus nettes, fluctuation qui, pour être aussi nettement perceptible, doit avoir pour siège un espace limité entre la face inférieure du diaphragme et le foie. Notons que ce malade n'a eu ni nausées, ni vomissements; pas de nouveaux frissons ces jours derniers. — On prescrit des frictions avec l'onguent mercuriel belladonné; cataplasmes.

Le 19. La tuméfaction de l'hypochondre droit est ce matin plus nette encore qu'hier, ce qui tient peut-être à ce qu'elle est mieux circonscrite. La matité hépatique descend jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous des côtes; en haut, la matité commence juste au niveau du mamelon. On ne trouve plus d'albumine dans les urines.

Le 20. On constate ce matin un développement veineux anormal de la région de l'hypochondre. Il n'y a presque plus de liquide dans la cavité pleurale droite, il n'y a plus de souffle, seulement tout à fait en bas, on trouve un peu d'égo-

phonie. La pression exercée de chaque côté des attaches du sterno-mastoïdien ne provoque en ce moment aucune douleur.

Le 30. L'état général est assez bon, apyrexie complète; le malade mange deux portions. A droite en arrière, plus de liquide; on n'entend plus que des frottements pleuraux. Néanmoins la respiration s'exécute toujours par le type costal supérieur, le diaphragme restant immobile. Il y a toujours au niveau et un peu au-dessous des fausses côtes droites, une saillie considérable fluctuante, tendue; mais cependant cette saillie est certainement en voie de diminution. Les douleurs spontanées que le malade éprouve à ce niveau sont très-modérées, elles s'exaspèrent par une palpation même légère.

5 mai. Hier au soir, sans cause occasionnelle appréciable (refroidissement, etc.), le malade a été repris d'une douleur nouvelle à l'hypochondre droit, quoique l'affaissement de la tuméfaction continue à se faire d'une manière lente, mais progressive. — Vésicatoire sur l'hypochondre.

Le 8. La douleur s'est atténuée très-manifestement à la suite de l'application du vésicatoire.

Le 16. En arrière, on ne constate plus que quelques râles de bronchite et des frottements pleuraux. Le malade se lève depuis une huitaine de jours.

Le 17. En avant et à droite, on constate des frottements pleuraux à la partie moyenne et inférieure de la cage thoracique. — Badigeonnage à la teinture d'iode.

Le 21. Exeat. Le malade part en convalescence à Vincennes. Il n'y a plus à l'hypochondre droit qu'une saillie à peine appréciable. La fluctuation ne se perçoit plus depuis environ une quinzaine de jours. A l'auscultation en avant, on constate encore quelques frottements. La matité hépatique ne dépasse plus le rebord des fausses côtes que d'un travers de doigt à peine. L'état général est très-bon.

Notons en terminant que jamais les urines n'ont offert les principes colorants de la bile, que le malade n'a jamais eu aucune espèce d'ictère.

Le diagnostic de M. Gubler a été pleuro-pneumonie double, péritonite sus-hépatique. Deux candidats au bureau central qui observèrent ce malade dans les premiers jours de son entrée diagnostiquèrent une pleurésie diaphragmatique. Quoi qu'il en soit, cette observation offre un grand intérêt sous le rapport de la difficulté du diagnostic. Remercions en terminant M. Landrieux, interne du service, d'avoir bien voulu nous communiquer cette observation.

OBSERVATION II.

La nommée L..., âgée de 52 ans, concierge, est entrée le 2 janvier 1869, salle Saint-Charles, dans le service de M. Peter.

Antécédents. — Née à Paris, elle n'offre rien à noter dans son enfance, si ce n'est une rougeole qu'elle eut à l'âge de 8 ans; elle ne présente aucun antécédent héréditaire. Pas de traces de scrofules; elle n'a jamais eu de rhumatisme; ses règles, qui sont venues pour la première fois à 14 ans, ont toujours été régulières.

Mariée à l'âge de 22 ans, elle a été mère de trois enfants, dont deux sont bien portants et dont le troisième est mort en nourrice. Elle n'a jamais été malade; n'a pas fait d'excès. Le 28 décembre, elle a supporté la pluie pendant une heure, et c'est à la suite de ce refroidissement qu'elle a ressenti des douleurs intenses, occupant la base du thorax. Ces douleurs étaient accompagnées d'une toux fréquente, d'une difficulté extrême de la respiration et d'une fièvre assez forte.

Etat actuel. 3 janvier. Pouls à 96. La malade se plaint d'éprouver dans le côté gauche des douleurs très-vives qui s'exaspèrent sous l'influence des phénomènes mécaniques de la respiration, et surtout de l'inspiration. En examinant par le palper le côté malade, on constate que le point douloureux n'est pas au-dessous du mamelon, comme on l'observe dans la pleurésie ordinaire, mais qu'il a un siège diffus, très-caractéristique.

En effet, la pression est douloureuse à partir de l'appendice xyphoïde, tout le long du rebord des fausses côtes, en un mot, suivant toutes les insertions du diaphragme; mais, ce qui est encore plus probant, c'est que la malade présente un point douloureux vers la partie postérieure du dernier espace intercostal, près du rachis, dans une étendue assez limitée. En même temps, les régions sus-claviculaires présentent de l'hyperesthésie qui se continue tout le long de l'épaule gauche. La respiration, courte et fréquente, s'exécute par le type costo-supérieur; la malade, assise sur son lit, le corps penché en avant, soutient de sa main le côté gauche de la poitrine, comme pour immobiliser le diaphragme. Sa toux, fréquente et sèche, est accompagnée de quelques crachats muqueux. Par la percussion, on constate une matité de 3 ou 4 centimètres à la base du poumon gauche et en arrière. L'auscultation ne donne que des résultats négatifs. On prescrit des ventouses scarifiées *loco dolenti* et des boissons émollientes.

Le 4. Pouls à 92. La dyspnée est moins considérable; on ordonne un vésicatoire.

Le 5. La malade nous raconte que, la veille, après son dîner, elle a été prise

d'une grande oppression, que nous attribuâmes à la distension de son estomac, qui devait presser sur le diaphragme et la plèvre enflammée. La douleur en ceinture se faisant toujours sentir, on prescrivit des injections hypodermiques au niveau des insertions du diaphragme.

Le 6. La malade se trouve beaucoup mieux. Nouvelle injection hypodermique.

Du 7 au 12. Pendant tout ce temps, on fit le même traitement. La malade va sensiblement mieux; elle ne se plaint plus de ses douleurs.

Les 13 et 14. Même phénomène allant toujours en décroissant.

Le 21. La malade va assez bien pour demander sa sortie.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux autres cas de pleurésie diaphragmatique dans le service de M. Peter. D'après la plupart des auteurs, ces pleurésies partielles sont des plus rares; pour nous, nous croyons, avec MM. Gueneau de Mussy et Peter, que souvent elles ne sont pas diagnostiquées, et que cela tient à ce que l'attention n'est pas tournée de ce côté.

OBSERVATION III.

Pleurésie costo-diaphragmatique avec emphysème.

La nommée F..., âgée de 26 ans, entre dans le service de M. Gueneau de Mussy, dans les premiers jours de janvier 1869. Accouchée depuis huit mois, elle est restée six semaines malade à la suite de ses couches; elle fut prise de vomissements, d'œdème des membres inférieurs; elle n'eut pas de convulsions; elle urinait beaucoup. Elle a nourri son enfant quinze jours. Ses règles ne sont pas revenues depuis cette époque. Son enfant, profondément cachectique, est atteint de carreau.

4 janvier. Pouls à 92. Respiration très-fréquente. Matité à droite, dans un espace très-restreint; moins d'ampleur dans le murmure vésiculaire du côté droit, au niveau du bord interne de l'omoplate. Bouton diaphragmatique sensible; douleurs le long du phrénique, surtout au niveau des insertions du sterno-mas toïdien. Ventre tuméfié; albumine dans les urines. On lui prescrit du chiendent nitré et un julep gommeux.

Le 6. Elle se sent moins oppressée, cependant elle est très-faible. On lui donne du vin de Bagnols.

Le 8. Ventre ballonné; bouton diaphragmatique très-douloureux, oppression beaucoup plus vive, respiration costo-supérieure très-marquée et très-fréquente. Du côté droit, près de la mamelle, on entend distinctement la propagation des bruits du cœur. Pas d'accès de fièvre le soir. On lui prescrit du chiendent nitré et une potion à la digitale.

Le 9. Sensibilité moindre dans le point diaphragmatique. La matité en bas n'est plus absolue, emphysème à gauche. La fièvre est tombée; l'épanchement a diminué.

Le 10. La sensibilité revenue dans le bouton épigastrique; toujours de l'épanchement à la base. Les côtes inférieures sont tout à fait verticales. On prescrit un vésicatoire à la partie inférieure de la poitrine.

Le 13. Matité et respiration très-faible dans le tiers inférieur du côté droit. Cette nuit, elle s'est levée, paraissant avoir du délire.

Le 14. La malade est assise sur son lit, avec une respiration haletante et oppressée. La face est pâle, les paupières sont œdématiées, sa bouche est sèche. 72 pulsations; pouls faible, dépressible. 44 respirations à la minute. Amblyopie.

Nous sommes obligé de résumer l'observation qui, pour nous maintenant, offre un intérêt médiocre. Notre femme a eu une pleurésie diaphragmatique du côté droit, laquelle est devenue costo-diaphragmatique. Au bout de quelques jours, l'oppression revint, la cavité pleurale gauche se prit à son tour, le cœur lui-même se mit de la partie. Ainsi, chez notre malade, il existait la triple complication de péricardite, double pleurésie, et de néphrite albumineuse. L'oppression étant devenue très-grande, la thoracentèse fut pratiquée et amena une grande amélioration chez la malade. Enfin, vers les premiers jours de février, il se développa une pustule sur la face interne de la cuisse droite, qui fut le point de départ d'un érysipèle, qui fit succomber la malade le 11 février.

Autopsie. A l'autopsie, on trouva une assez grande quantité d'un liquide purulent verdâtre, qui occupait la plèvre droite. Les plèvres costale, pulmonaire et diaphragmatique de ce côté étaient recouvertes par des fausses membranes, rugueuses à leur surface, épaisses sur le poumon, minces ailleurs. La plèvre gauche contient aussi beaucoup de sérosité purulente.

OBSERVATION IV.

La nommée A..., âgée de 32 ans, couturière, entre le 25 janvier 1867 dans le service de M. Gueneau de Mussy (Hôtel-Dieu) pour une métrite catarrhale. Les règles étaient venues vers le milieu de la semaine dernière; elles venaient ordinairement abondamment, malgré son état anémique, ce qui est fréquent dans la métrite, où il y a tendance à la ménorrhagie. Le troisième jour de son flux menstruel, cette femme éprouva un refroidissement qui fit arrêter ses règles: alors nous vîmes survenir du frisson, de la fièvre, etc.

2 février. Sept jours après, cette femme présentait une respiration courte et extrêmement accélérée (40 à 50 respirations par minute), de plus, le pouls était très-fréquent; il y avait de la dyspnée. A l'examen, on constate que le côté droit de la poitrine se dilatait moins que le côté gauche; la percussion donnait un peu d'obscurité du son à la base, mais ne faisait pas constater l'absence d'élasticité symptomatique d'un épanchement pleurétique. L'auscultation ne présentait rien de bien particulier, une respiration un peu moins ample qu'à l'état normal. En refoulant l'abdomen et le foie contre le diaphragme, on produit une douleur assez vive.

Cette absence de signes de percussion et d'auscultation, l'existence de douleurs intenses et l'orthopnée devaient faire pressentir une pleurésie diaphragmatique.

En effet, d'autres symptômes ne tardent pas à nous mettre sur la voie. Lorsqu'on presse avec les doigts au point de réunion de deux lignes, dont l'une suit le bout externe du sternum, l'autre la dixième côte, on produit une douleur violente et une dyspnée intense (c'est ce que M. Gueneau de Mussy appelle bouton diaphragmatique). En pressant dans la fosse sus-claviculaire, on trouve de l'hyperesthésie. Entre les deux attaches du sterno-mastoïdien, sur le trajet du nerf diaphragmatique, on trouve de la douleur; même chose le long du bord antérieur du trapèze.

Le 3. Le lendemain, la malade paraît soulagée et souffre moins. Le bouton diaphragmatique n'existe presque plus; mais, en même temps, l'épanchement occupe toute la base du poumon et remonte jusqu'à la base de l'omoplate.

Les jours suivants, on lui appliqua un vésicatoire, qui lui enleva une partie de l'épanchement. Dès le cinquième jour de la pleurésie, les symptômes s'étaient amendés, et la malade était guérie le septième jour.

Cette observation nous fait voir que les symptômes se sont amendés aussitôt que la pleurésie est devenue costo-pulmonaire.

OBSERVATION V.

La nommée H..., âgée de 26 ans, lingère, est entrée, le 19 avril 1854, dans le service de M. Gueneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu.

Cette femme, habituellement bien portante, un peu pâle, n'offre pas d'antécédents héréditaires; elle a eu, il y a un an, une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Elle a été soumise, dans ces derniers temps, à des souffrances nombreuses, se nourrissait assez mal. Comme cause de sa maladie actuelle, elle invoque l'impression du froid.

19 avril. M. Legrand, interne du service, qui la vit à sa visite du soir, la trouva dans l'état suivant : toute la base de la poitrine était douloureuse à la pression; la malade avait de fréquents vomissements, mais c'est surtout l'anxiété qu'exprimait son facies qui le frappa le plus. Elle accusait aussi une vive douleur au niveau du neuvième espace intercostal. A l'auscultation, il trouva quelques râles sous-crépitaux.

Le 20. Le lendemain, M. Gueneau de Mussy trouva, dans la manière dont respirait la malade, un signe de pleurésie diaphragmatique. La respiration, en effet, se faisait par les côtes supérieures et non par le diaphragme. La malade poussait un cri chaque fois que le doigt arrivait à l'intersection de deux lignes, dont l'une suivait le bord gauche du sternum, et l'autre le bord inférieur des côtes (bouton diaphragmatique).

Cette femme, entrée le 19 avril, sortit guérie le 2 mai.

OBSERVATION VI.

La nommée B..., âgée de 21 ans, femme de chambre, est entrée, le 3 avril 1869, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard (service de M. Gueneau de Mussy).

Antécédents. — Elle nous raconta qu'il y a trois jours elle a supporté la pluie étant en sueur. Le soir même, elle fut prise de frissons vagues et de point de côté, et le lendemain elle entra à l'hôpital où nous constatâmes ce qui suit

Douleurs au niveau des insertions du diaphragme, très-vives pendant l'inspiration. Pouls à 96; peau moite, halitueuse; langue blanche, épaisse. Respiration pure en avant. Obscurité du son à la base droite, faiblesse et éloignement du bruit respiratoire dans une étendue de deux travers de doigt.

Le bouton diaphragmatique existe. Sensibilité récurrente le long du phrénique.

Traitement. Chiendent nitré; vésicatoire en ceinture de deux travers de doigt.

Cette malade, entrée le 4 avril, est sortie le 13 complètement guérie.

CONCLUSIONS.

Nous avons voulu démontrer dans notre travail :

1° Que la pleurésie diaphragmatique est loin d'être aussi grave que les anciens le croyaient;

2° Qu'elle est plus fréquente que ne le disent les auteurs modernes.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des muscles et aponévroses du cou.

Physiologie. — De la sécrétion rénale; composition de l'urine.

Physique. — Effets physiques et chimiques des courants électriques; applications diverses.

Chimie. — Combinaison de l'hydrogène avec le phosphore, l'arsenic et l'antimoine; propriétés et préparation de ces composés.

Histoire naturelle. — Des feuilles; leur structure, leur position, leur forme; termes employés pour indiquer leurs plus ou moins grandes divisions; qu'entend-on par feuille simple, composée et décomposée? Des phyllodes, des stipules, des bractées; de la phyllotaxie.

Pathologie externe. — Des fistules et des tumeurs lacrymales.

Pathologie interne. — De l'embolie pulmonaire.

Pathologie générale. — De la congestion.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des perforations pulmonaires.

Médecine opératoire. — Du massage des membres; de sa valeur, et de la manière de le pratiquer.

Pharmacologie. — Comment prépare-t-on et purifie-t-on les huiles essentielles? Comment peut-on reconnaître si elles sont falsifiées?

Thérapeutique. — Des antipériodiques.

Hygiène. — De la sophistication du vin.

Médecine légale. — Empoisonnement par les champignons vénéneux; symptômes, altérations pathologiques; traitement.

Accouchements. — De l'accouchement par la face.

Vu, bon à imprimer.

BOUILLAUD, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.